**Nimikesuojatun terveydenhuollon ammattihenkilön lupa**



 **Uusi lupa Uusittu lupa**

#  2.1.2025

Palveluntuottaja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Palautusosoite: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ koulutus / ammattinimike koko nimi ja syntymäaika

on suorittanut Etelä-Karjalan hyvinvointialueen edellyttämät lääketentit ja antanut tarvittavat näytöt osaamisestaan.

**Lupa on voimassa viisi (5) vuotta lääkärin allekirjoituspäivästä.**

Lupa on voimassa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ asti.

**Tämä lupa oikeuttaa** (rasti oikeat vaihtoehdot):

\_\_\_ toteuttamaan luonnollista tietä annettavaa lääkehoitoa lääkärin määräyksen mukaan

 (luonnollista tietä: tabletit, kapselit, liuokset, silmä- ja korvatipat, voiteet, laastarit ja peräpuikot)

\_\_\_ antamaan lääkärin määräämän injektion ihon alle

\_\_\_ antamaan lääkärin määräämän injektion lihakseen

\_\_\_ vaihtamaan lääkkeettömän, perusliuosta sisältävän jatkoinfuusiopussin/-pullon

\_\_\_ huuhtelemaan Q-syten infuusion päätyttyä, valmista iv-huuhteluruiskua käyttäen

\_\_\_ jakamaan ja antamaan lääkärin määräämän PKV-lääkkeen ohjeen mukaan luonnollista tietä

\_\_\_ jakamaan ja antamaan lääkärin määräämän N-lääkkeen ohjeen mukaan luonnollista tietä

 (poikkeustilanne: vain saattohoitotilanteessa s.c.- ja i.m.-injektiona)

**Päivämäärä:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Lääkehoidosta vastaavan lääkärin allekirjoitus ja nimenselvennys:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 

#  2.1.2025

Nimi ja syntymäaika: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| KURSSI  | TENTIT  | HYVÄKSYJÄ  |
| LOP  |  Teoria: \_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_  Laskut: \_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_   |  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   |
| GER  |  1: \_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_  2: \_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_  |  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   |
| PKV  |  \_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_  |  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   |
| KIPU  |  1: \_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_  |  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   |
| PSYK  |  1: \_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_ 2: \_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_Laskut: \_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_  |  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |



#  2.1.2025

Nimi ja syntymäaika: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LÄÄKKEENJAKO**  | **LÄÄKKEIDEN** **ANTAMINEN** **POTILAILLE/ASIAKKAILLE**  | **INJEKTIOT IHON ALLE**  | **INJEKTIOT LIHAKSEEN**  |
|  1.\_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hyväksyjän nimi ja nimike  2.\_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hyväksyjän nimi ja nimike  3.\_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hyväksyjän nimi ja nimike   |  1.\_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hyväksyjän nimi ja nimike  2.\_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hyväksyjän nimi ja nimike  3.\_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hyväksyjän nimi ja nimike    |  1.\_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hyväksyjän nimi ja nimike  2.\_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hyväksyjän nimi ja nimike  3.\_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hyväksyjän nimi ja nimike   |  1.\_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hyväksyjän nimi ja nimike  2.\_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hyväksyjän nimi ja nimike  3.\_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hyväksyjän nimi ja nimike   |

 Näytöt voi ottaa vastaan laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö, jolla on riittävä työkokemus ja voimassa oleva lääkelupa.



#  2.1.2025

Nimi ja syntymäaika: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LÄÄKKEETTÖMÄN,** **PERUSLIUOSTA** **SISÄLTÄVÄN PUSSIN** **VAIHTAMINEN**  | **NEULATTOMAN LIITTIMEN HUUHTOMINEN**  | **PKV-LÄÄKKEEN** **ANTAMINEN (SUUN** **KAUTTA, INJEKTIONA TAI** **REKTIOLINA)**  | **N-LÄÄKKEEN ANTAMINEN** **(LAASTARI, SUUN KAUTTA** **TAI INJEKTIONA** **POIKKEUSTILANTEISSA)**  |
|  1.\_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hyväksyjän nimi ja nimike  2.\_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hyväksyjän nimi ja nimike  3.\_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hyväksyjän nimi ja nimike  |  1.\_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hyväksyjän nimi ja nimike  2.\_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hyväksyjän nimi ja nimike  3.\_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hyväksyjän nimi ja nimike   |  1.\_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hyväksyjän nimi ja nimike  2.\_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hyväksyjän nimi ja nimike  3.\_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hyväksyjän nimi ja nimike  |  1.\_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hyväksyjän nimi ja nimike  2.\_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hyväksyjän nimi ja nimike  3.\_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hyväksyjän nimi ja nimike  |

 Näytöt voi ottaa vastaan laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö, jolla on riittävä työkokemus ja voimassa oleva lääkelupa.